

療育手帳返還届

令和 年 月 日

刈谷児童
愛知県 相談センター長 殿
西三河児童・障害者

(本人又は保護者氏名)

「療育手帳」を下記の理由により返還します。

高浜市福祉事務所 経由

本人氏名		生年月日	
本人住所			
療育手帳記号番号	第 号	手帳交付年月日	年 月 日
返 還 理 由			

(日本産業規格 A 列 4 番)